Opłata pocztowa uiszczana ryczałtem.

№ 3. Warszawa, Marzec 1927 r. Rok XXIII.

PRZEGLĄD FELCZERSKI

OFICJALNY ORGAN CENTR. ZWIĄZKU FELCZERÓW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ.

TREŚĆ:

Szczepienia przeciwpłoniczne.

Na zapytanie wojewody kieleckiego, czy felczerzy są uprawnieni do wykonywania szczepień ochronnych przeciw płonicy. Departament Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych wyjaśnił, że felczerzy tego uprawnienia nie posiadają. To wyjaśnienie Ministerstwa zostało następnie podane do wiadomości poszczególnym wojewodom, ci zaś rozesłali je do podległych im starostw, z których niektórzy podali je znów „do wiadomości i stosowania się" organizacjom felczerskim, a nawet poszczególnym felczerom. Pozatem treść owego wyjaśnienia została opublikowana w niektórych dziennikach.

Należy się przedewszystkiem zastanowić nad stanem prawnym meritum wyjaśnienia ministerstwa, a następnie nad prawnością form postępowania. Zdaniem Ministerstwa zakaz wykonywania szczepień ochronnych przeciw płonicy znajduje swe uzasadnienie w art. 2 Ustawy z dn. 1 lipca 1921 r., gdyż „artykuł ten wyodrębnia szczepienia z pojęcia małej chirurgji przez traktowanie ich w oddzielnym ustępie c) tegoż artykułu, taksatywne natomiast wyszczególnienie w tym ustępie jako uprawnienia felczerów szczepienia ospy, wyklucza wszelkie inne szczepienia ochronne, a w ich liczbie szczepienia przeciw płonicy, wściekliźnie i t. p.

Interpretacja ta p. c. art. 2 Ustawy nie wydaje się nam być słuszną. Wyłączenie przez ustawodawcę w oddzielny przepis uprawnień felczerskich w sprawie szczepienia ospy dowodzi zdaniem naszem jedynie tego, że ustawodawca uważał za wskazane wyodrębnić szczepienie ospy z szer-

szego pojęcia pomocy leczniczej i z węższego pojęcia małej chirurgji, nie dowodzi jednak bynajmniej wyodrębnienia wogóle pojęcia szczepienia z obrębu tamtych pojęć ogólniejszych. Natomiast jedynie zgodne z intencją ustawy wydaje się nam przypuszczenie, że skoro ustawodawca wyraźnie wyodrębnił jeden rodzaj szczepień, a mianowicie szczepienie ospy z pojęcia małej chirurgji i pomocy leczniczej, to á contrario wszystkie inne rodzaje szczepień nie uważał za wskazane traktować odrębnie, lecz je umieścił w ramach tamtych pojęć.

Przy interpretacji zaś art. 3 Ministerstwo, dochodzi do dość dziwnego wniosku, że szczepienia ochronne nietylko, że nie wchodzą w skład pojęcia małej chirurgji, ale nawet nie są żadną postacią „pomocy leczniczej", przewidzianej tymże artykułem.

Art. 3 traktuje jednak wyraźnie o udzielaniu pomocy leczniczej „nie wchodzącej w zakres uprawnień ustalonych art. 2" — czyli pod pojęcie pomocy leczniczej w zrozumieniu art. 3 podpadają wszystkie te wypadki pomocy lekarskiej, które ustawodawca nie wyodrębnił w oddzielnych punktach art. 2.

Twierdzenie więc Ministerstwa, że pojęcie szczepień ochronnych nie podpada pod pomoc leczniczą w rozumieniu art. 3-go dowodzi, że zdaniem jego szczepienia ochronne wogóle, nie są żadną formą pomocy leczniczej.

Zachodzi więc pytanie, czem w rozumieniu Ministerstwa są szczepienia ochronne, jeżeli nie są ani małą chirurgją w szczególności, ani pomocą leczniczą w ogólności. Ministerstwo nie daje nam na to odpowiedzi

Wiemy jednak, że w ogólnym pojmowaniu społeczeństwa, bezwzględnie szczepienia ochronne są uważane za pomoc leczniczą. Ministerstwo więc zupełnie dowolnie wyodrębniając pojęcie szczepień ochronnych z pojęcia pomocy leczniczej, naszem zdaniem dopuściło się nadużycia swobodnego swego uznania, gdyż interpretując pojęcie użyte w ustawie nadało mu inne ciaśniejsze znaczenie, niż ono posiada w oczach społeczeństwa. Interpretacja zaś pojęć o treści rozciągłej, nigdy nie może ulegać dowolnemu ocenieniu władz administracyjnych, gdyż przez użycie ich w ustawie nabierają one charakteru pojęć prawnych, które mogą otrzymać tylko jedną wartość, odpowiadającą ustawie — a mianowicie, wartość zgodną z przeciętnem poglądem społeczeństwa.

Dyskrecjonalna władza administracji, nie może nigdy rozciągnąć się na nadawanie według indywidualnej oceny urzędnika pewnemu pojęciu ustawy takiej treści, jakiej ono objektywnie nie posiada.

Zresztą samo Ministerstwo w odezwie przelękło się swego śmiałego twierdzenia, bo chociaż według jego mniemania szczepienia ochronne nie podpadają pod pojęcie pomocy leczniczej, nie trzyma się w wyjaśnieniu konsekwentnie swego poglądu, gdyż stosuje do szczepień ochronnych przepisy tegoż art. 3.

Art. 3 głosi, że „udzielanie pomocy leczniczej, nie wchodzącej w zakres uprawnień, ustalonych w art. 2, jest dozwolone felczerom nie inaczej, jak z polecenia, względnie za zgodą i pod kierownictwem oraz odpowiedzialnością lekarza.“

W wyjaśnieniu swem Ministerstwo twierdzi, że wprawdzie nie wolno felczerom wykonywać szczepień ochronnych, ani samodzielnie, ani na zlecenie lekarza, wolno natomiast je wykonywać w asystencji lekarza.

Ministerstwo więc stwierdziwszy raz, że art. 3 nie dotyczy szczepień ochronnych stosuje go zaraz w następnym zdaniu do tychże szczepień zupełnie bez żadnych podstaw, stosując do omawianych szczepień tylko część drugą art. 3.

Nie możemy bowiem inaczej rozumieć owej asystencji lekarza, jak właśnie nazwanie innemi słowami przewidzianych w ustawie „zgody, kierunku i odpowiedzialności lekarza.“

Jeżeli bowiem Ministerstwo przez „asystencję“ rozumiałoby jedynie obecność lekarza, stwarzałoby zupełnie jakieś nowe, ad hoc, ukute pojęcie, którego daremnie doszukiwalibyśmy się w ustawie.

Ministerstwo winno byłoby być konsekwentne w swych wywodach. Albo szczepienia ochronne nie są w pojmowaniu Ministerstwa wogóle pomocą leczniczą — albo są tą pomocą, a wtedy należy do nich stosować w całej rozciągłości art. 3, to znaczy, dopuścić ich stosowanie przez felczerów również i z polecenia lekarza.

Jak widzimy same Ministerstwo ma poważne wątpliwości, jak ustalić i dokąd zaliczyć szczepienia ochronne.

Komentowanie zaś przez Ministerstwo art. 2 i 3 ustawy, które doprowadziło je do wniosku, ograniczającego poważnie uprawnienia felczerskie, nie jest oparte na żadnych podstawach prawnych.

Przejdziemy teraz do formy, w której swe wnioski Ministęrstwo uważało za stosowne ujawnić nazewnątrz.

Do owej błędnej interpretacji ustawy wzięło Ministerstwo asumpt z zapytania wojewody kieleckiego. Sądzimy, że wojewodzie chodziło nie o teoretyczne tylko wyjaśnienie, nie dość dla niego przejrzystych przepisów prawnych, ale o wskazanie mu przez władzę centralną, jak ma postąpić w danym konkretnym wypadku, a więc o to —'do wydania jakiego swego zarządzenia jest uprawniony na podstawie brzmienia ustawy. Ministerstwo jednak nie zadowolniło się rozstrzygnięciem wątpliwości wojewody kieleckiego, lecz biorąc asumpt z jego zapytania, rozesłało swe wyjaśnienie podane do wiadomości w formie okólnika, mogło jedynie służyć do użytku wewnętrznego władz administracyjnych. Mogły owe urzędy podległe Ministerstwu przyjąć jedynie i wyłącznie instrukcje Ministerstwa, jako wskazówkę dla nich, jak winny rozumieć przepisy ustawy. Dla ogółu jednakowe pouczenie Ministerstwa, jako niemogące wykroczyć poza we-

wnętrzne ramy urzędów, nie posiada żadnej wartości prawnej. Okólnik bowiem, instrukcja służbowa, czy też pouczenie, nie rodzi dla ogółu żadnych uprawnień i nie może stwarzać żadnych obowiązków. Nie tworzy również żadnej podstawy prawnej instrukcja wewnętrzna, dla wydania na jej podstawie zarządzenia. Władza administracyjna, regulując konkretną sprawę swym zarządzeniem, wydanym na podstawie ustawy, trzymając się interpretacji ustawy, podanej jej w okólniku przez władzę centralną, może w stosunku do obywatela wskazać jedynie, jako podstawę do swego wkroczenia w przepisy ustawy, a nie wewnętrzną instrukcję.

Niektóre jednak urzędy rozesłały ów okólnik, zawierający wyjaśnienie Ministerstwa do „wiadomości i stosowania się“, nietylko organizacjom felczerskim, ale nawet poszczególnym felczerom. Podanie obywatelom okólnika władzy do wiadomości, do niczego ani władzy, ani urzędnika nie obowiązuje. Dodatek zaś „i stosowania się”, czyni z owego wewnętrznego okólnika konkretne zarządzenie. Tutaj władze dopuściły się pewnego pogwałcenia form postępowania. Z owego wyjaśnienia uczyniono konkretne zarządzenie, zwrócone imiennie do określonych felczerów.

Najwyższy Trybunał Administracyjny w wyroku z dn. 21 lutego 1924 r., l. rej. 1700/23 orzekł wyraźnie, że „zakomunikowanie stronie przez władze instancji niższej, instrukcji wewnętrznej, instancji wyższej, jako orzeczenia tejże instancji, jest istotnym brakiem w postępowaniu w myśl art. 19 ustawy z dnia 3 sierpnia 1922 r.“ W motywach do tego orzeczenia N. T. A. stwierdził, że wskazówki przeznaczone przez władzę wyższą dla władzy niższej, są przeznaczone jedynie dla dziedziny wewnętrzno-urzędowej, nie mają jednak znaczenia pionowego w stosunku do strony. Przez zaś podanie je stronie jako objaw woli instancji wyższej, tracą swój charakter instrukcji wewnętrznej.

Sądzimy więc, że wrazie zaskarżenia przez króregokolwiek felczera, imiennie do niego skierowanego w formie zarządzenia, wyjaśnienia Ministerstwa, Najwyższy Trybunał Administracyjny winien owo naruszenie uprawnień felczerskich skasować, bez zarządzenia nawet rozprawy głównej, zgodnie z art. 19 Ustawy o N. T. A.

E. S.

Co robimy dla rozwoju higjeny w Polsce?

Państwowy aparat Służby Zdrowia składa się z kilku wielkich działów. W poprzednim zeszycie omówiliśmy wyczerpująco naszą organizację walki z chorobami zakaźnemi. Konieczność zwrócenia bacznej uwagi na społeczną ochronę zdrowia, każe nam zbliżyć się do innego działu służby zdrowia i higjeny społecznej.

Bardzo wiele się w tej dziedzinie robi, ale w stosunku do ogólnych potrzeb zbyt mało, by zdrowotność powszechną Polski podnieść do tej

wyżyny, którą osiągnęła w krajach zachodnio-europejskich. Brak funduszów stoi na przeszkodzie rozwinięciu bardziej intensywnej i skutecznej akcji. Na polu zdrowia jest jeszcze bardzo dużo do zrobienia w Polsce. Jedynie Wielkopolska, Pomorze i Śląsk zdobyły sobie dostateczny poziom sanitarny. W innych dzielnicach grasują nagminne choroby, które lęgną się z nieprzestrzegania higjeny. Walka o zdrowie publiczne idzie opornie, ale dlatego trzeba jej więcej uwagi poświęcić.

— Co się robi dla rozwoju higjeny w Polsce? — pytamy naszego informatora, który od długich lat pracuje na tej niwie społecznej i dobrze zna tajniki tej pracy.

— Robi się co można i ile można. Nie zawsze fundusze pozwalają sprostać potrzebom, a tych potrzeb jest bardzo wiele i każdy nieomal dzień nowych środków zapobiegawczych się domaga. Trudność pracy pogłębia jeszcze ten fakt, że ustawodawstwo społeczne nie wciągnęło w swe ramy jeszcze wszystkich zagadnień, wiążących się z kwestją zdrowia publicznego. Z drugiej strony małe uświadomienie pod względem higjeny szerokich mas naszego społeczeństwa stoi na przeszkodzie, by inicjatywa państwowa oczekiwane owoce przyniosła.

Ostatnio sfery rządowe opracowują projekt ustawy o higjenie odżywiania. Ma ona regulować nadzór nad środkami żywnościowemi. Przewidziana będzie w tej ustawie ingerencja władz rządowych względnie samorządowych do wytwórni artykułów spożywczych, by w ten sposób roztoczyć opiekę nad produkcją środków żywnościowych.

— A jakim aparatem wykonawczym w zakresie higjeny społecznej rozporządza Departament Służby Zdrowia M. S. Wewn.?

— Aparat ten składa się z lekarzy, którzy mają do pomocy kontrolerów i dozorców sanitarnych. Kontrolerzy ci biorą próbki artykułów spożywczych, badają je na miejscu albo przesyłają do zakładów badań żywności. Państwowe zakłady badania żywności posiada Warszawa, Poznań, Kraków i Łódź. Takie same zakłady posiadają samorządy Lwowa i Wilna. W miastach mniejszych są organizowane stacje kontrolne.

Do zwalczania chorób nagminnych są powołani dozorcy sanitarni. Przeprowadzają oni dezynfekcję, kontrolują czy zarządzenia władz sanitarnych są wykonywane, badają stan sanitarny poszczególnych domów, pouczają, jak należy zapobiegać zakażeniom.

Na większą skalę zaczynamy rozwijać higjenę przez tworzenie t. zw. ośrodków zdrowia.

— Co to są ośrodki zdrowia?

— Dr. Wroczyński, b. generalny dyrektor Państwowej Służby Zdrowia, zainicjował utworzenie dużego ośrodka zdrowia w Amelinie pod Warszawą. Znalazła w nim pomieszczenie stacja higjeny dziecka, higjeny matki, przychodnie przeciwgruźlicze, przeciwweneryczne i przeciwjaglicze.

Udzielane są tam porady lekarskie na miejscu. Mniej jednak chodzi o leczenie, a więcej o doradzanie, w jaki sposób należy zapobiegać chorobom i podnosić ogólny stan zdrowotności.

Ośrodki zdrowia rozporządzają pielęgniarkami, które odwiedzają chorych, badają warunki życia, higjenę mieszkań i udzielają rad rodzicom, jak postępować, by zakażenia wśród rodziny nie szerzyły się.

Na wzór tego prototypu zorganizowano już w stolicy 6 takich ośrodków i wkrótce gęstą siecią pokryją one cały teren Rzeczypospolitej, gdyż, jak wykazało doświadczenie, bardzo pożytecznie i owocnie pełnią swą misję zdrowotną. Z ośrodków zdrowia promienieje uświadomienie higjeny na całą ludność.

Aby móc działać w zakresie higjeny, Rząd stara się o wykształcenie jaknajwiększego zastępu pielęgniarek i dozorców sanitarnych, aby ci, stykając się bezpośrednio ze społeczeństwem, szerzyli zasady higjeny (oczywiście pod kierownictwem lekarzy).

— O ile samorządy idą na rękę władzom rządowym w poczynaniach higjenicznych?

— Udział samorządów w pracach nad rozwojem higjeny jest, jak dotąd, nieznaczny. Wina to nieuporządkowanego prawodawstwa samorządowego. Jednak są gminy, które w zrozumieniu wielkiej doniosłości higjeny dla zdrowotności społeczeństwa, idą z pomocą czynnikom rządowym, bądź asygnując pewne kwoty, bądź prowadząc działalność higjeniczną na własną rękę.

Z zadowoleniem trzeba zanotować fakt, że inicjatywa prywatna w zakresie walki o zdrowie publiczne coraz lepiej się rozwija. Towarzystwa przeciwgruźlicze np., które przyczyniają się do szerzenia higjeny, liczą coraz więcej członków. Ale są to instytucje, które znów w stanie organizacyjnym potrzebują pomocy rządowej. Mamy zamiar zorganizować towarzystwa przeciwweneryczne. Melodja to przyszłości, zwłaszcza, że na to potrzebne są fundusze, których, niestety, brak!

— Jaką rolę spełnia w praktyce Państwowy Instytut Higjeny?

— Jak wiadomo, Państwowy Instytut Higjeny rozpada się na dwie części: Państwową Szkołę Higjeny i Państwowy Zakład Higjeny.

Państwowa Szkoła Higjeny — to, jak można powiedzieć, nasz arsenał. Dokształca się w niej personel lekarski przez to, że się go wprowadza w praktyczną służbę, tam też dokształcają się inżynierowie sanitarni. Również w tej szkole kształcą się dozorcy sanitarni i pielęgniarki odpowiednio do wymagań służby.

Państwowy Zakład Higjeny przeprowadza badanie dla służby sanitarnej (badania drobnotworów, wydzielin, analizy krwi), wytwarza szczepionki i surowice do szczepień zapobiegawczych i leczenia. Także badane są lekarstwa co do dobroci.

Bez tego arsenału nie moglibyśmy ani zwalczać chorób, ani oddziaływać na higjenę społeczną.

* * *

W końcu nasz informator stwierdza, że duże pole pracy higjeniczno-sanitarnej leży odłogiem z powodu braku funduszów. Wyrażamy nadzieję, że w rozumnej trosce o zdrowie publiczne szerokich mas społeczeństwa polskiego pieniądze na tak doniosły cel muszą się znaleźć.

(W.)

„Eugenika".

W ostatnich czasach wielkie wywołuje zainteresowanie w naszem kraju, sprawa przymusowego zgłaszania przedślubnych świadectw lekarskich. Za sprawą tą wypowiadają się wszelkie zrzeszenia, wszelkie towarzystwa i t. p. O co tu właściwie idzie? Zdaje się, że idzie o to, by ludzkość ochronić od płodzenia osobników przynoszących z sobą na świat choroby, to zn. dziedziczne, albo inaczej mówiąc idzie o poprawienie rasy ludzkiej. (Eugenika).

Nie ulega kwestji, że całe społeczeństwo winno myśleć o tem, aby wśród ludzi jaknajwiększa liczba była zdrowa i silna, chociażby według przysłowia, że w zdrowym ciele jest zdrowy duch, ale zobaczmy czy świadectwa lekarskie w danym wypadku osiągną należyty cel.

Gdybyśmy chcieli zagłębić się w zawiłych zasadach o dziedziczeniu jakichkolwiek chorób wogóle, zaprowadziło by to nas za daleko.

W ostatnich latach w sprawie poglądów co do dziedziczenia pewnych chorób, a nawet w samem pojęciu dziedziczności, nastąpił wielki zwrot.

Jak w tej sprawie się wypowiedzieli niektórzy wybitni lekarze, a między innymi i dr. Fruchtman, to choroby, które dotychczas uznawane były za bezwzględnie dziedziczne, pod tym względem budzą teraz poważne wątpliwości.

Najwięcej nas interesują przeważnie, w tym wypadku, choroby: gruźlica, przymiot i choroby umysłowe.

Tymczasem, jak wyżej cytowani specjaliści lekarze się wypowiadają, w pojęciu dzisiejszej nauki, gruźlica i przymiot (Lues), już nie są uważane za dziedziczne, a tak zw. wielopostaciowość dziedzicznych chorób umysłowych, jest „dla nowoczesnego badacza w kierunku praw dziedziczenia sprawą wielce niejasną i wymaga dużo jeszcze daleko idących obserwacji."

Dalej, twierdzą oni, — „Przymiot w znaczeniu dziedziczenia niesłusznie zwiemy przymiotem dziedzicznym. O wiele właściwą i bardziej odpowiadającą dzisiejszym poglądom, jest dawana nazwa, przymiot wrodzony (Lues congenita). Sprawą sporną, dotychczas nierozstrzygniętą, jest

to, czy przymiot urodzony może być dziedziczny w 2-im pokoleniu, a raczej redukuje się do pytania, czy przymiot trzeciorzędny zarażonego w łonie matki dziecka „jest w stanie zarażać dziecko po dojściu jego do pełno letności?“ Dalej, „Na pytanie to, nie łatwo odpowiedzieć, a to ze względu na to, iż mało wiemy jeszcze o istnieniu krętków, jak np. porażeniu postępującym.“

A teraz co do gruźlicy.

„Pozornie dziedziczona gruźlica małych dzieci, jest według najnowszych badań, prawie zawsze zakażeniem świeżem, już po urodzeniu, któremu zapobiec można,“ i t. d.

Z tego, co z powyższego widzimy, to choroba dziedziczna prawie nie egzystuje, a przynajmniej nie można tak napewno twierdzić, jakie więc będą miały znaczenie przedślubne świadectwa lekarskie?

Ale powiem zresztą, tak: jeśli są choroby dziedziczne, to czy lekarz na prowincji, nie mając pod ręką a przynajmniej w bliskości, zakładów bakterjologicznych, odpowiednich laboratorjów do badania krwi lub flegmy, będzie wstanie orzec, że dany osobnik jest zdrowym, lub chorym?

Ale i to pominę; przypuśćmy, że są lekarze tak zdolni, iż bez próby wszelkiej, z samego oglądania chorego, z wypuku, z wystuku i t. p., znajdą w danym osobniku chorobę, a zatem nie dadzą mu świadectwa, co za tem idzie osobnik taki nie będzie mógł się ożenić. Co wtedy? Czy lekarz odrazu go uczyni bezpłodnym?, gdyż w przeciwnym razie, gdzie będzie pewność, że ten sam nieżonaty, nie zapłodzi więcej potomstwa, niż inny żonaty?

Kto będzie w stanie takie rzeczy skontrolować?

My tu w Sosnowcu musimy zadać jeszcze i inne pytanie. A co będzie jeżeli rewizja dokonana przez lekarza, odbędzie się tak, jak się odbywały oględziny służby zakładów restauracyjnych, piekarskich i innych temu podobnych, które były wydawane na zasadzie dyktowania majstra, że tacy, a tacy u niego pracują! Wszak taka rzecz u nas miała miejsce przed kilkoma laty, a uznane to zostało przez odnośną władzę, że w tem nie było cech przestępstwa!?

Sądzę, że tak ważna rzecz, powinnaby być wszechstronnie obmyśloną i omówioną. Henryk Warszawski.

Djagnostyka chorób wewnętrznych.

podał dr. med. Kazimierz Szokalski.

Rentgenologja pozwala nam stwierdzić zmiany kostne, procesy w tkance płucnej, opłucnej, serca, nerkach, przewodzie pokarmowym; dzięki wprowadzeniu zastrzykiwania lipjodolu przez oskrzele udaje się wykryć zmiany nawet w bardzo drobnych oskrzelikach; injekcje dożylne bromu i jodu i doustne podawanie bromku sodu lub zastrzykiwanie dożylne fenolftaleiny z jodem lub bromem pozwalają otrzymać obraz rentgenologiczny pę-

W przypadkach promienicy płuc lub jamy brzusznej sprawa najczęściej kończy się zejściem śmiertelnem z powodu wycieńczenia na tle długotrwającego ropienia i powikłań, (zakażenie septyczne, zwyrodnienie skrobowate nerek, wątroby i śledziony).

WŁOŚNICA (TRICHINOSIS).

Zarazek tej choroby ustalony został w roku 1860 przez Zenker'a i potwierdzony przez szereg innych badaczy. Włośnie należą do gatunku glist okrągłych i samki są dłuższe i szersze od samców (3—4 milim. dł. 0,06 mil. szer., a samce około 1,5 mil. dług. 10,04 mil. w szerokości). Choroba polega na porażeniach mięśni poprzeczno prążkowanych przez osiedlanie się zarazków w pierwotnych włóknach mięsnych, które ulegają zwyrodnieniu, służąc prawdopodobnie za pokarm dla pasorzytów.

Zarazki przedostają się do ustroju drogą spożywania niedogotowanego lub niedosmażonego zakażonego mięsa świńskiego w postaci włośni mięśniowych o wyglądzie zwiniętych w kłębek włosków długości 0,8—1 mm., pokrytych otoczką. Pod wpływem działania soku żołądkowego włośnie mięśniowe tracą otoczkę, przenikają do jelit i tu uzyskują zdolność rozrodczą w postaci samek i samców. Zapłodniona samka żyje 5 — 7 dni i może spłodzić około 1500 sztuk potomstwa. Te młode włośnie przez drogi limfatyczne dostają się z jelit do krwiobiegu i stamtąd do mięśni prążkowanych, gdzie w ciągu kilkunastu dni przeistaczają się we włośnie mięśniowe w postaci kłębka i pokrywają się otoczką, mając pozostawać w stanie żywym u człowieka do lat 30, a u świń do lat kilkunastu, lecz zwykle po upływie kilku — kilkunastu miesięcy otoczka podlega zwapnieniu wraz z pasorzytami.

Objawy kliniczne w okresie początkowym choroby (pierwszy tydzień) polegają zwykle na zaburzeniach przewodu pokarmowego w postaci bólów, wymiotów i biegunki, lecz mogą ograniczyć się do słabego przejściowego nieżytu kiszek lub bywają tak nieznaczne, że przechodzą zupełnie niepostrzeżenie. W drugim tygodniu choroby występują objawy mięśniowe, spowodowane wstrzyknięciem włośni do mięśni prążkowanych; pozostają wtedy bóle w mięśniach podobne do bólów reumatycznych, ale zwykle bardziej dotkliwe. Bolesność mięśni wzmaga się przy ruchach i dotykaniu, mięśnie często są napięte, a nawet mogą nastąpić przykurczenia. Przy porażeniu żwaczy, mięśni gardzielowych i krtaniowych następują: utrudnienie żucia, połykania i chrypka; przy porażeniu mięśni gałki ocznej—ból w oczach. Najniebezpieczniejszem jest porażenie przepony, mięśni międzyżebrowych i brzusznych, gdyż powstać wtedy mogą zaburzenia w oddychaniu z następczem zapaleniem oskrzeli i płuc, co spowodować może zejście śmiertelne. Bardzo ważnym objawem przy włośnicy są obrzęki powiek, powstające w końcu pierwszego tygodnia i nieco później na kończynach górnych i dolnych. Spotykamy czasami przy włośnicy wysypki w postaci plamek i wykroczyn, oraz wynaczynienia w spojówce oka. Gorączka o typie mocno zwalniającym dosięga często wysokich stopni przy tej chorobie (40—41^{0}). Tętno stosownie do gorączki bywa przyśpieszone; nader obfite poty Obok gorączki spotykamy niekiedy bóle głowy, bezsenność, a czasami odurzenie tak, że chory czyni wrażenie durowego.

Obok przypadków lekkich o przebiegu łagodnym, kończących się

wyzdrowieniem po upływie 2 — 3 tygodni, włośnica o średniem natężeniu trwa 6—8 tygodni. W przypadkach o ciężkim przebiegu może nastąpić zejście śmiertelne w 4—6 tygodni na tle zaburzeń w oddychaniu i wśród ogólnych ciężkich objawów, spowodowanych rozpowszechnieniem bardzo licznych zarazków. Odsetek śmiertelności waha się od 5—30%, a u dzieci 1 — 1,5%. Wykrywanie glistw łośni w wypróżnieniach najczęściej zawodzi, bardzo rzadko dając możność postawienia należytego rozpoznania. Natomiast ogromne znaczenie w rozpoznawaniu ma stwierdzenie znacznego powiększenia odsetku leukocytów eozynochłonnych za pomocą mikroskopowego badania krwi, gdyż poza płonicą nie znamy innej choroby gorączkowej, w której odsetek eozynofilów byłby tak wysoki, jak we włośnicy.

Leczenie tylko objawowe. Na początku choroby należy zastosować środki czyszczące: kalomel, olej rycynowy, celem usunięcia możliwie większej ilości glist włośni z jelit. W czasie bólów mięśniowych podajemy antypirynę, salicyl, morfinę i stosujemy codzień ciepłe wanny. Niektórzy podają także glicerynę do wewnątrz (po łyżce stołowej kilka razy dziennie), która jakoby zabija trychiny kiszkowe.

Najważniejszym środkiem zapobiegawczym jest poddawanie kontroli wszelkiego mięsa świńskiego za pomocą badania mikroskopowego (stacje trychinoskopowe) i unikanie spożywania niedogotowanego lub niedopieczonego mięsa wieprzowego o niepewnym pochodzeniu. Większe miasta i miasteczka winny posiadać dostateczną ilość stacyj trychinoskopowych, a wędliny wszelkie winny być zaopatrzone w plomby z zaświadczeniem, że są wolne od włośni.

TYFUS BRZUSZNY. (DUR BRZUSZNY).

Nazwa „tyfus" pochodzi od greckiego wyrazu „tyfos" co oznacza dym, czad. Przez dłuższy czas nazywano gorączką tyfusową wszelkie choroby gorączkowe, przebiegające z odurzeniem i bólem głowy; dopiero we Francji na początku XIX wieku ustalono sekcyjną drogą, że tyfus brzuszny polega na zmianach anatomicznych w kiszkach. W połowie zeszłego stulecia ustalono należytą różnicę między tyfusem brzusznym wysypkowym i powrotnym, a wykrycie w 1880 r. przez Ebertha laseczników tyfusu brzusznego rzuciło już wyraźne światło na tę chorobę, która może być wywołaną li tylko przez lasecznik swoisty, obdarzony ruchami, zależnemi od licznych rzęsek

Tyfus brzuszny jest chorobą, spotykaną na całej kuli ziemskiej. Nie ogarnia on jednak, jak inne choroby epidemiczne, większych obszarów, lecz ogranicza się pewnemi miejscowościami, nie pozostającemi w ścisłym związku ze sobą. Nieraz spotykamy prawdziwe ogniska tej choroby, lecz i tu niezawsze szerzy się ona równomiernie, porażając pewne dzielnice w większym stopniu, a czasem znów tworząc prawdziwe oazy wolne od zarazy (pewne dzielnice, a nawet pewne domy w miastach).

Gleba przepuszczalna sprzyja szerzeniu się duru brzusznego wskutek łatwego zanieczyszczania się odpadkami organicznymi; miejscowości górzyste mniej sprzyjają szerzeniu się duru, niż niziny. W naszym klimacie rozwój tej epidemji ma miejsce pod koniec lata, a zwłaszcza na jesieni; zimową porą i na wiosnę liczba zachorowań zmniejsza się znacznie. Gęstość zaludnienia też sprzyja szerzeniu się tej choroby, na którą zapadają i warstwy zamożniejsze w większym stopniu, niż to ma miejsce

w innych chorobach zakaźnych, których ofiarą padają najwięcej warstwy ubogie.

Dur brzuszny szerzy się:

a) **drogą pośrednią** przeważnie przez wodę, zawierającą laseczniki durowe, czy to przez picie, czy też spożywanie rozcieńczonego taką wodą mleka, mytych w niej owoców, jarzyn, a nawet naczyń kuchennych i stołowych;

b) **drogą bezpośrednią** przez wydzieliny chorych, jeśli cząsteczki tych wydzielin zostaną połknięte przez zdrowe osobniki wskutek nieostrożności lub niedbalstwa.

Wobec powyższego jasnem się staje zalecanie w czasie epidemji durowej: używania wody tylko przegotowywanej tak do picia, jak i do mycia naczyń, a nawet podłóg; przegotowywanie mleka, spożywanie owoców tylko gotowanych lub pieczonych i t.p. Co do zabezpieczenia się od zarażenia drogą bezpośrednią (obcowanie z chorymi i z ich otoczeniem), to tu trzeba mieć na względzie częste i gruntowne mycie rąk, (a po myciu zanurzanie w rozczynie sublimatu 1:1000), zwłaszcza przed jedzeniem, nakładanie fartucha przy pielęgnowaniu i badaniu chorego, dezynfekcję wydzielin chorego mlekiem wapiennym lub wodą karbolową, wygotowywanie bielizny w rozczynie sody oraz przestrzeganie czystości pod każdym względem.

Wiek od 15—30 lat jest najbardziej podatnym do zapadania na dur brzuszny, chociaż dzieci i osoby starsze również padają ofiarą tej choroby. Osoby urodzone i dłuższy czas pozostające w miejscowościach częściej przez nią nawiedzanych są więcej odporne niż świeżo przybyłe osobniki. Niestrawność, przeziębienie, przepracowanie, zmartwienie usposabiają również do zachorowania.

Zmiany anatomiczne wywołane w jelitach cienkich przez laseczniki durowe są następujące: w 1-szym togodniu następuje nacieczenie grudek chłonnych pojedyńczych oraz skupionych (blaszki Peyer'a) przy objawach przekrwienia błony śluzowej, przyczem najbardziej wyraźne zmiany zachodzą w jelicie krętem, a zwłaszcza w pobliżu wpustu jego do kątnicy; w 2-gim tygodniu ma miejsce tworzenie się zgorzeli w nacieczonych grudkach limfatycznych i blaszkach Peyer'a oraz powstawanie brudnych strupów; zgorzel taka może sięgać czasem w głąb tkanki śluzowej i dochodzić nawet do błony otrzewnowej kiszki. W 3-cim tygodniu następuje odpadanie strzępów zgorzelinowych i tworzenie się owrzodzeń; w 4-tym tygodniu — gojenie się owrzodzeń przez zabliźniania, bez wytworzenia się jednak przewężeń bliznowatych. Od tego typowego przebiegu zmian w jelitach cienkich zdarzają się jednak pewne zboczenia, gdyż nieraz cała sprawa nie dochodzi do zgorzeli, a następuje wessanie się nacieczonych elementów, co częściowo ma miejsce i obok wyżej wymienionych zmian zgorzelinowych: nieraz zmiany wyjątkowo ograniczają się na grudkach pojedyńczych w kiszce grubej (colityphus).

Podobne nacieczenie ma miejsce w gruczołach chłonnych krężkowych, tylko że w tym wypadku poza powstającem powiększeniem tych gruczołów przez czas trwania choroby innych zmian nie spostrzegamy, a ze spadkiem temperatury następuje zwyrodnienie i wessanie się komórek. Przez drogi chłonne, a nawet bezpośrednio przez ścianki drobnych

naczyń krwionośnych w jelitach, laseczniki tyfusowe przedostają się do krwiobiegu, a stąd do innych narządów ustroju, spowodowując tam te lub inne zmiany (śledziona, wątroba, nerki). Wszelkie zmiany anatomiczne i objawy kliniczne (prócz zakażeń mieszanych) tłomaczymy obecnie działaniem toksyn, wydzielanych przez laseczniki tyfusowe.

Przebieg kliniczny. Okres wylęgania się duru brzusznego trwa 10—20 dni. Zwiastunami są: brak apetytu, osłabienie, bóle głowy i niespokojny przerywany sen.

I. **Gorączka** jest jednym z pierwszych objawów duru brzusznego, Wunderlich podał nawet pewien właściwy typ gorączki w tej chorobie, typ, który może być przyjęty za wzór, ale z pewnemi zastrzeżeniami, gdyż tu, jak w innych chorobach zakaźnych, spostrzegamy nieraz te lub inne zboczenia. Wunderlich w przebiegu gorączki odróżnia: a) okres wstępny, trwający 5—7 dni, kiedy ciepłota wznosi się stopniowo z pewnemi nieznacznemi wahaniami codzień coraz wyżej; b) okres szczytowy, kiedy ciepłota dosięga 40^0 i wyżej: okres ten trwa mniej więcej przez dwa tygodnie z nieznacznymi rannymi spadkami (0,5—1,0); c) okres spadku trwa około tygodnia. W tym okresie ciepłota stopniowo i stale obniża się z każdym dniem; spadając w końcu do normy. Nierzadko jednak spotykają się przypadki, kiedy okresu wstępnego nie widujemy, a choroba rozpoczyna się odrazu okresem szczytowym (dreszcze i wysoka gorączka); w innych przypadkach spotykamy przedłużenie okresu szczytowego do 3—4 tygod., a także skrócenie do kilku dni; wahania ciepłoty w okresie szczytowym też mogą być znaczniejsze ($0,1^0$—2^0); w pewnych znów przypadkach nie widujemy okresu spadku, a ciepłota spada raptownie (krytycznie), tub też w okresie tym widzimy znaczne wahania.

II. **Powiększenie śledziony**, bardzo ważny objaw tyfusu brzusznego, który występuje zwykle w pierwszych dniach choroby i wzmaga się do początu 3-go tygodnia; od tego czasu zaczyna się zmniejszanie śledziony, a ze spadkiem gorączki — powrót do normy. Powiększenie śledziony przy spadku ciepłoty świadczy o możliwym nawrocie choroby. Trzeba jednak pamiętać, że bywają przypadki, kiedy wskutek znacznego wzdęcia brzucha nie udaje się wyczuć powiększonej śledziony, a nawet opukowe określenie jej granic staje się niemożliwem.

III. **Zaburzenie przewodu pokarmowego.** Już na początku gorączki ma miejsce obłożenie i suchość języka; to jednak spotykamy i w innych chorobach gorączkowych lecz w durze objawom tym towarzyszy zwyle drżenie przy wysuwaniu języka (jeden z objawów ogólnego osłabienia mięśni). Pozatem spotykamy mniej iub więcej wyraźne wzdęcie brzucha wskutek nieżytu błony śluzowej w jelicie cienkiem, oraz nieprawidłowej fermentacji; w znacznej części przypadków spotykamy także biegunkę przez czas trwania choroby; czasem widzimy biegunkę w okresie początkowym, a potem zaparcie stolca lub odwrotnie. Z czasem przez cały okres choroby trwają zaparcia stolca. Wolne stolce tyfusowe mają wygląd zupy grochowej i mocno cuchną.

Oprócz tego spotykamy zwykle przy ucisku przelewanie w prawej okolicy biodrowej, oraz wzmożoną wrażliwość w tem miejscu wskutek najobficiej wyrażonych zmian zapalnych w końcowym odcinku jelita cienkiego.

Do ważnych objawów klinicznych zaliczamy:

IV. **Wysypkę**, która występuje zwykle pomiędzy 5—9 dniem choroby w postaci nielicznych plamek (roseolae) przeważnie na tułowiu, brzuchu, piersiach, plecach. Tylko w wyjątkowych przypadkach wysypka taka bywa dość obfita i wtedy spostrzegamy ją nawet na kończynach. Pochodzenie wysypki tłomaczymy zmianami zapalnemi w naczyniach włoskowatych skóry.

Do charakterystycznych objawów duru brzusznego zaliczyć należy:

V. **Zwolnienie tętna** w pierwszej połowie tej choroby pomimo wysokiej nieraz ciepłoty (80—90 tetna przy 40^0 gorączki a najczęściej nie przekracza ono 100). Tętno przyśpieszone bywa u osób bardzo nerwowych, lecz w przypadkach cięższych jest oznaką osłabienia czynności serca.

Do dalszych objawów należą bóle głowy i odurzenie; objawy te nie są jednak tak stałymi jak powyższe. Odurzenie zwykle na miejsce w czasie rozkwitu choroby, bóle głowy—na początku choroby. Rzadziej spotykamy objawy ze strony dróg oddechowych, jak krwawienie z nosa na początku choroby, nieżyt oskrzeli w późniejszych okresach. W znacznej ilości przypadków spostrzegamy białkomocz w 2-im lub 3-im tygodniu choroby. Poty widujemy zwykle w okresie rannych spadków ciepłoty, chociaż zdarzają się pojedyncze, zwykłe ciężkie przypadki z obfitem poceniem się przez cały czas choroby.

Jakkolwiek wyżej wymienione objawy kliniczne przy durze brzusznym najczęściej pozwalają nam postawić należyte rozpoznanie, jednakże ze względu na to, że zespół tych objawów występuje stopniowo i bywa wyraźnie uwydatniony dopiero w końcu 1-gotygodnia (czasem i później), a nieraz niektóre ważne objawy kliniczne bywają mało uwydatnione, lub też nie widzimy ich wcale—rozpoznanie duru bywa nieraz utrudnione jak na początku choroby, tak i w późniejszym jej okresie. Diagnostyka różniczkowa między włóknikowem zapaleniem płuc z głęboko umiejscowionem ogniskiem, między cięższemi postaciami influensy i gruźlicą prosówkową, kiedy na początku choroby spotykamy wysoką gorączkę, bóle głowy, obłożenie języka i powiększenie śledziony—nieraz bywa możliwą do rozstrzygnięcia dopiero po upływie kilku dni. Do pomocniczych środków przy rozpoznawaniu duru brzusznego należy odczyn dwuazowy Ehrlicha, polegający na tem, że do rozczynu kwasu sulfanilowego (Ac. sulphanilici 1.0 ac. muriatici 10.0 Aq. destillat: 200.0) dodajemy w probówce takąż co do objętości ilość moczu, a potem kilka kropli 0.5% rozczynu azotanu sodu (natrum nitricum) i nakoniec kilkanaście kropli amoniaku i wstrząsamy tę mieszaninę; wiśniowe zabarwienie płynu i różowa piana świadczą o dodatnim wyniku odczynu, co przemawia za durem brzusznym. Chociaż odczyn dwuazowy otrzymujemy i przy zapaleniu włóknikowem płuc, a czasem i przy innych chorobach, jednakże przy zespole innych objawów do dziś dnia posiada on w praktyce niemałe znaczenie. Drugim b. ważnym, tylko niedostępnym w praktyce prywatnej środkiem pomocniczym przy rozpoznawaniu duru brzusznego jest odczyn Vidala, polegający na zlepianiu laseczników durowych w mętnej zawiesinie przez surowicę krwi chorych na dur brzuszny, o czem szczegółowo mówiliśmy w dziale bakteryologji ogólnej. Dodatni odczyn Vidala jest rozstrzygającym i najpewniej-

szym środkiem pomocniczym, lecz występuje wyraźnie dopiero w początku drugiego tygodnia choroby.

Należy tu nadmienić, że spotykamy nieraz postacie poronne duru brzusznego o przebiegu skróconym i łagodnym gdzie cała choroba trwa kilkanaście dni zaledwie (typhus abortivus), oraz takie postacie duru, kiedy chory nie przestaje pracować, uczuwając tylko ogólne niedomaganie i osłabienie przy nieznacznych objawach ze strony przewodu pokarmowego, pomimo zmian anatomicznych w jelitach cienkich i najniespodziewaniej może dostać krwotoku kiszkowego.

Powikłania. Do powikłań przebiegu duru brzusznego zaliczamy rzadziej spotykane objawy chorobne, spowodowywane czy to przez zarazek swoisty, czy też przez infekcyę mieszaną. Do powikłań zaliczamy: krwotoki kiszkowe, przedziurawienie kiszek, zapalenie otrzewnej, zapalenie wsierdzia, zapalenie płuc i opłucnej, zapalenie gruczoła przyusznego, owrzodzenia w gardzieli krtani, zapalenie mięśnia sercowego, nerek, żył i odleżyny.

Krwotoki kiszkowe (4—9%) występują w 3 — 4-ym tygodniu choroby (okres odpadania strupów i tworzenia się ran w jelicie), ale zdarzają się i w początkowym okresie; przy utracie większych ilości krwi wskutek często powtarzających się i obfitych krwotoków, powstają nieraz groźne dla życia objawy wskutek ostrej niedokrwistości. Krwotoki późniejsze (w końcowym okresie) powstają najczęściej wskutek szybkiego odpadania strupów na znacznej przestrzeni jelita i o ile nie spowodowują groźniejszych objawów, sprowadzają po sobie szybkie gojenie się i zakończenie sprawy chorobnej. Krwotoki wczesne świadczą o silnem przekrwieniu błony śluzowej jelita, wywołanem przez nader złośliwą postać zarazka i dają złe rokowanie (bardzo ciężkie lub śmiertelne formy).

Przedziurawienie kiszek (1 — 2%) zdarza się w trzecim — czwartym tygodniu choroby, chociaż nastąpić może i w okresie zdrowienia. Sprawa zgorzelinowa sięga w takich wypadkach przez całą grubość ścianki jelita z otrzewną włącznie, zawartość jelit przedostaje się do jamy brzusznej i następuje raptowny zapad przy objawach otrzewnowych (bóle, wymioty i wzdęcie brzucha), drobnem, ledwo wyczuwalnem tętnie, oraz spadku ciepłoty poniżej normy. Interwencja chirurgiczna (zaszywanie przedziurawienia) nie daje tu dobrych wyników, gdyż ogólny stan bywa bardzo ciężki, a nie mamy pewności, czy w krótkim czasie nie nastąpi przedziurawienie w innem miejscu lub miejscach.

Zapalenie otrzewnej powstaje wskutek przedostania się zarazków z otrzewnej jelita, gdy sprawa zgorzelinowa sięga głębiej, oraz gdy pęka porażony gruczoł krezkowy.

Zapalenie mięśnia sercowego (myocarditis) charakteryzuje się szybkim zegarowym rytmem, bardzo niejasnym pierwszym tonem, powiększeniem wymiarów serca i drobnem tętnem. Zapalenie to może występować we wszystkich okresach choroby, a nawet w okresie zdrowienia wskutek działania toksyn na mięsień sercowy.

Zapalenie gruczołu przyusznego spotyka się w każdym okresie i przy rozległym obrzęku daje złe rokowanie.

Ciężkiem powikłaniem jest **zapalennie nerek** (nie białkomocz spotykany dość często). gdyż zatruty toksynami organizm pozbawia się wtedy najważniejszych dróg wydzielniczych.

Odleżyny (decbitus) spotuykamy przy cięższych postaciach omawianej choroby wskutek zmian toksycznych w drobnych naczyniach skóry i ucisku pewnych części ciała u wycieńczonych i zniedołężniałych chorych.

Pod nazwą **pneumo typhus** rozumieć należy takie postacie duru brzusznego, kiedy na początku choroby przy zespole klinicznych objawów tej choroby na pierwszy plan występują objawy ogniskowe w płucach. Chociaż niektórzy utrzymują, że są to postacie duru brzusznego z pierwotnem umiejscowieniem się zarazka tej choroby w płucach, ale najczęściej bywają to powikłania duru włóknikowem zapaleniem płuc. Spotykają się również postacie włókn, zapalenia płuc, posiadające w swym przebiegu niektóre objawy kliniczne duru brzusznego (biegunka, wzdęcie brzucha, przelewanie w prawym dole biodrowym, powiększenie śledziony i t. p.) lecz nie mające przytem nic wspólnego z durem brzusznym.

Inne, wyżej wymienione powikłania zdarzają się jeszcze rzadziej i na specjalne omawianie mniej zesługują.

Zapalenie opadowe płuc (pneumonia hypostatica) widujemy w cięższych przypadkach w końcowym okresie choroby i występuje ono zwykle w dolnych płatach po obu stronach bez nagłego wzniesienia się ciepłoty, a objawy wysłuchowe i opukowe b. zmienne i słabo wyrażone.

Recydywą nazywamy nawrót objawów durowych po spadku ciepłoty (po upływie kilku dni, a nawet paru tygodni). Nawrót taki trwa zwykle znacznie krócej, a zespół objawów chorobnych bywa znacznie lżejszy. Obostrzeniem nazywamy wzmożenie się objawów chorobnych w okresie widocznego ich osłabienia.

Rokowanie i leczenie. Śmiertelność w durze brzusznym waha się się od 2 — 20%. Najlżejszy przebieg i najmniejszą śmiertelność (3 — 9%) spotykamy u dzieci. W wieku od 15 — 30 lat śmiertelność = 8 — 10% a w starszym wieku jest jeszcze wyższą. Ludzie o silnej budowie przechodzą ciężej dur brzuszny, niż wątli. Dotknięci gruźlicą, zwyrodnieniem mięśnia sercowego i zapalenia nerek padają nieraz ofiarą tej choroby, jak zresztą i innych cięższych chorób zakaźnych.

Ciężarne kobiety najczęściej ronią, co w znacznym stopniu pogarsza rokowanie. Niemałe znaczenie odgrywa tu także i charakter epidemji (lżejsze i cięższe epidemje).

Leczenie. Usunięcie zarazka z ustroju przez podawanie kalomelu lub ol. ricini na początku choroby rzadko się praktykuje wobec niemożnośc, doszczętnego usunięcia zarazka, który zdołał już przeniknąć do gruczołów błony śluzowej. **Stosowanie środków odkażających** (salol, naftalina, benzonaftol itp.) też zawodzi, gdyż w żywym organiźmie nie da się osiągnąć bakteryobójczego działania; podobne środki stosujemy natomiast w celu osłabienia flory kiszkowej przy wzdęciu kiszek w durze brzusznym.

Pozostaje więc skierowanie leczenia w kierunku **wydalenie toksyn z ustroju.** Stosowane w tym celu podawanie obfitego picia i wlewanie podskórne rozczynu fizyol. soli kuchennej (Sahli) nie jest w stanie wzmódz diurezę w stosunku do ilości wprowadzonych płynów, gdyż nieznaczna część ich wydziela się przez nerki, a znaczna część wyparowuje z ustroju. Stosowanie środków moczopędnych (diuretyna, coffeina itp.) nie jest wskazane w tym celu, gdyż może spowodować przeforsowanie nerek i osłabienie ich działalności wydzielniczej. Środkiem zasługującym na

uwzględnienie w tym kierunku są umiejętnie stosowane letnie lub ciepłe kąpiele (24^0—27^0 R.), jako ożywczo działające na ośrodki oddechowe naczynioruchome, sercowe. Chorzy powinni być ostrożnie pogrążani w wannie wraz z prześcieradłem przez dwie silne osoby. Kąpiele stosuje się codzień 1—2 razy przez kilka—kilkanaście minut. Przed kąpielą podaje się kamfora lub kieliszek dobrego wina węgierskiego.

Przeciwskazane są kąpiele przy: krwotoku kiszkowym, osłabieniu serca, przedziurawieniu kiszek, zakrzepie żylnym, zapaleniu otrzewnej i w rzadkich wypadkach, kiedy chorzy nie znoszą kąpieli. Po kąpieli chory winien być przeniesiony do ogrzanego łóżka, ciepło okryty. Chorzy nieprzytomni i wysoko gorączkujący mogą być oblewani w ciepłej wannie zimną wodą (głowa i kark). Stosowanie kąpieli wskazane jest w cięższych przypadkach i przy odpowiednich okolicznościach, oraz pod kontrolą lekarską.

Podawanie środków nasercowych (kamfora, kofeina, naparstnica tp.) winno być st osowane przy cięższych powikłaniach z objawami osłabienia serca (drobne, słabe tętno). Podawanie kamfory w początkowym okresie choroby przy dobrem tętnie nie ma żadnej racji. Środki przeciwgorączkowe (fenacetyna, piramidon, china i t p.) mogą być stosowane przy wysokiej ciepłocie i to nie przez czas dłuższy w celu przyniesienia pewnej ulgi choremu. Przy znacznym niepokoju i bezsenności może być stosowana podskórnie morfina; przy wysokiej gorączce lód na głowę.

Bardzo ważnym środkiem leczniczym jest zapobieganie wyniszczeniu ustroju przez odpowiednie odżywianie. Wobec upośledzonej czynności narządów trawiennych (żołądka, trzustki, wątroby) i zmian anatomicznych w jelitach wskazane jest podawanie pokarmów pożywnych i łatwo strawnych (płyny). Tu na pierwszym planie należy postawić mleko przegotowane, podawane w niewielkich ilościach co 2—3 godziny do 1—$^1/_2$ litra dziennie. W razie biegunki dodajemy do mleka wodę wapienną (łyżkę stoł. na szklankę mleka). Jeżeli chory nie znosi mleka słodkiego, to można je podawać razem z herbatą lub kawą. Jeżeli mleko dukuczy chorym, lub wywołuje wzdęcie, podajemy kleiki, buljony i rosoły, do których ze względu na małą zawartość białka należy dodawać 1—2 łyżki soku mięsnego. Przygotowanie jego jest następujące: drobno pokrajane kawałki surowego mięsa wkłada się do pustej butelki, którą wstawia się (po zakorkowaniu) do zimnej wody i pozostawia się w gotującej się wodzie 10—15 minut, poczem sok się odcedza. Jaj na miękko nie dajemy chorym tyfusowym, natomiast polecić można wodę białkową, trochę osłodzoną z dodaniem łyżeczki koniaku lub araku na szklankę (na szklankę ostudzonej, przegotowanej wody bierze się dwa surowe białka). Oprócz tego podajemy obfitą ilość napoi (woda przegotowana z sokiem kwaskowym, z winem, herbatą). Przy znacznej biegunce podajemy przetwory bismutu i taniny, nakoniec kwas solny. Przy krwotokach kiszkowych obok przetworów makowca środki przeciwkrwotoczne: secale cornutum, hydrastis, ferrum sesqui chloratum, adrenalinę odwar żelatyny; lud na brzuch i absolutny spokój.

Przy objawach otrzewnowych przetwory makowca naparstnice, kamfora, lód na brzuch.

Przez pierwszy tydzień po spadku gorączki dyeta ściśle płynna a dopiero w drugim tygodniu stanu bezgorączkowego podajemy skrobane, lekko podsmażone mięso, jaja na miękko, kaszki i biszkopty i to stopniowo, przekonawszy się, że chory to dobrze znosi.

cherzyka żółciowego dzięki wydzielaniu się tych ciał przez wątrobę drogą żółci. Wpuszczanie gazu do jam zamkniętych organizmu (do jamy brzusznej, do kanału rdzeniowego) pozwala za pomocą rentgenologji stwierdzić zmiany organów lub ich ustosunkowanie względem innych organów; nawet macica nie może ukryć płodu w niej zawartego.

Interpretacja obrazów, jakie daje nam rentgenologja, może być często błędną.

Inne zmysły oprócz wzroku też odgrywają dużą rolę w rozpoznawaniu chorób.

Palpacja wykrywa nieregularność położenia i formy, nadmierną twardość lub miękość organów, nadmiernie wysoką lub niską temperaturę, wilgotność, suchość lub chropowatość skóry, wykazuje nadmierną wrażliwość, nienormalną sensacje przy ucisku, napięcie tkanki lub ciastowatość obrzękową, krepitację rozedmową, chełhotanie ropy i płynów wogóle, tarcie lub zachodzenie za siebie odłamków kostnych, balansowanie guza ruchowego etc.

Opukiwanie pozwala nam określić kontury organów oraz zmianę ich konsystencji, ruchomość brzegów płucnych, chełbotanie płynu w jamie brzusznej.

Badanie naczyń obwodowych za pomocą obmacywania dla określenia właściwości ścian naczyń, cech tętna oraz opukiwanie naczyń dużych i tętnicy głównej i płucnej stanowią bardzo ważny dział palpacji i perkusji.

Po wzroku i dotyku zatrzymamy się nieco na zmyśle słuchu. Przechodzimy do sposobu badania za pomocą auskultacji, jednej z największych zdobyczy medycyny 19 wieku, zdobyczy, która okryła nieśmiertelną sławą imię Laennec'a.

W stanie normalnym przejście powietrza do oskrzeli i następnie do pęcherzyków płucnych wywołuje szmer delikatny i regularny zwany oddechem pęcherzykowym. Najmniejsze uszkodzenie całości aparatu oddechowego wywołuje modyfikację więcej lub mniej wyraźną tego oddechu; rozróżniamy zatem oddech dziecięcy, oddech zaostrzony, osłabiony, przerywany, oddech z przedłużonym wydechem, oddech oskrzelowy, oddech nieoznaczony; następnie mamy do czynienia z rzężeniami, które dzielą się na suche (gwizdy, świsty, furczenia) i wilgotne, szmery tarcia opłucnej, szmery, pluskania.

Auskultacja serca nam powie, czy tony serca są prawidłowe, czy są miarowe, jaką mają siłę, dźwięczność i czy niema szmerów, pozwala je klasyfikować.

Węchem rozpoznajemy zmiany martwicowe, specjalną woń niektórych płynów (plwocina zgorzelowa etc.)

Po stwierdzeniu stanu organów i ich anomalji w główniejszym zarysie, lekarz przystępuje do badania funkcji organów wogóle i każdego z nich w szczególności, zatrzymując się dłużej na badaniu czynności tych, co do funkcji prawidłowej których ma pewne zastrzeżenie.

Badanie zdolności ruchowej, siły mięśniowej, wzroku, oddechu, tętna podczas wykonywania określonej pracy dają pojęcie o sprawności organów. Czynności mniej dostępne obserwacji wymagają specjalnych metod. Prześwietlenie kanału pokarmowego osobnika, który spożył miazgę kontrastową, pozwala zorjentować się, czy przechodzenie pokarmów przez żołądek i kiszki odbywa się prawidłowo, czy niema zalegania pokarmów. Wprowadzenie do organizmu pożywienia, którego wszystkie części składowe zostały poddane ścisłemu dozowaniu, pozwala na podstawie wyników analizy wydalin przekonać się czy organizm zużytkował pokarmy i w jakim stopniu. Badając treść żołądkową wydobytą za pomocą zgłębnika, a więc biorąc ją z miejsca, gdzie wydzielają się soki trawienne, można określić ich funkcje jakościowo i ilościowo.

Badanie drżenia głosowego i przewodnictwa klatki piersiowej daje nam wskazówki co do tego, czy zmiany znalezione przy opukiwaniu, a więc stłumienie względnie przytłumienie, zależą od nacieczenia w samym miąższu płuc, czy też od sprawy toczącej się nazewnątrz płuc w opłucnej.

Choroby narządu krwionośnego badamy za pomocą licznych metod. Poza bada-

niem pulsu, które nasi przodkowie uważali za podstawę djagnostyki, mamy aparaty do rysowania krzywej pulsu, aparaty do określenia ciśnienia krwi w wielkich i drobnych naczyniach, elektrokardjografię, wolumbolometrję (Sahli), kapillaromikrosopje i t. d, Jedne z tych metod zyskały sobie „prawo obywatelstwa" w klinice, inne jak np. kapilloroskopja nie ziściła pokładnych w niej nadziei i na razie odgrywa tylko pomocniczą rolę w badaniu nerwic czynnościowych, cukrzycy i nefroz.

Funkcje eliminacji nerek są w związku z funkcją serca i naczyń. Tu fizyka i chemja łączy się dla dostarczenia nam precyzyjnych sposobów badania. Ściśle już zostało ustalonem, jakie są substancje, które powinny znajdować się w moczu i w jakiej proporcji. Jeżeli jakiejkolwiek z tych substancji brak lub jeśli proporcje są zmienione jeżeli znajdują się tam ciala chemiczne, które normalnie nie powinny znajdować się, możemy wyprowadzić z tego wniosek, że uległ zaburzeniu organ, który wpływa na wydalenie tego lub innego ciała.

Istnieją substancje, których mocz nie powinien zawierać, np. białko i cukier. Obecność białka w moczu wskazuje na zaburzenie filtracji nerkowej, mającej za zadanie wydalenie nazewnątrz odpadków i starannego ochraniania tego, co powinno zostać w organiźmie, a tembardziej białka — integralnej części krwi. Co się tyczy cukru, figuruje on w moczu tylko wówczas, gdy jest go nadmiar we krwi; jest to objaw wskazujący na to, że organizm nie utylizuje wszystkiego tego, co produkuje. Eliminacja zbyt obfita lub ograniczona chlorków, fosforanów, kwasu moczowego, mocznika, wskazuje na zaburzenia w przemianie materji. Stosunek ilości mocznika we krwi do ilości mocznika w moczu, znajdujący swój wyraz w t. zw. wskaźniku Ambard'a (patrz niżej w djagnostyce chorób nerkowych) daje pewne wskazówki co do stanu czynnościowego nerek. Mocznik jako ostatnie ogniwo asymilacji ciał białkowych, stanowiących znaczną część naszych pokarmów wraz z innemi obciążającemi krew i nerki, ulega wydalaniu przez nerki. Wskaźnik Ambard'a, wykazujący, czy nerka wydala w stosunku normalnym i z szybkością odpowiednią mocznik, wprowadza do nauk biologicznych rygory nauk matematycznych.

System nerwowy dzięki szczegółowemu badaniu pozwala nam nieraz z matematyczną ścisłością określić umiejscowienie ogniska chorobowego mózgu, móżdżku lub rdzenia.

Mamy wreszcie aparat dokrewno-współczulny, kierujący naszym życiem wegetacyjnym niezależnie od naszej woli i inteligencji — nerw współczulny i gruczoły o sekrecji wewnętrznej. Dusznica oskrzelowa, zaparcie spastyczne, kolka kiszkowa znajdują genezę swego powstania w nadmiernej pobudliwości systemu parasympatycznego u t.zw. wagotoników. Choroba Basedowa jest znów typową chorobą sympatykotoników.

Uzupełnieniem badania chorego są poszukiwania laboratoryjne, których liczba i różnorodność z każdym dniem wzrasta: niektóre z nich wymagają precyzji specjalisty, inne mniej złożone powinny być domeną wszystkich lekarzy praktyków.

Zebranie wywiadów oraz stwierdzenie zmian w ustroju chorego osobnika czyli t. zw. status praesens nie zawsze wystarczają do postawienia rozpoznania. Nieraz koniecznem jest wywoływanie objawów t. zw. prowokowanych. Liczba ich jest bardzo rozległa.

W celu badania wydzielniczej funkcji nerek, wprowadzamy do ustroju wodę, mocznik, sól kuchenną, cukier mleczny, barwniki i przekonywamy się, w jakiej ilości i w jakim czasie organizm wydala e ciała przez nerki i drogą badań chemicznych i fizycznych krwi dowiadujemy się, jak odbija się na całym organiźmie upośledzona czynność nerek. Dla przykładu przytoczę kilka liczb.

Górne normalne liczby kresowe są: dla mocznika 0.04 gr., dla pozostałego azotu 0.40 gr., dla kreatyniny 20—25 mlgr., dla indykanu 0.8—1.07 mlgr., dla kwasu moczowego 40 mlgr., na litr krwi.

Przy ciężkiej mocznicy liczby te dochodzą do 5—9 gramów mocznika i pozostałego azotu, 350 mlgr. kreatyniny i 64 mlgr. dla indykanu.

Jeżeli istnieje znaczne zatrzymanie tych ciał, to staje się to wskutek zaburzeń w wydalaniu wody i zdolności koncentracyjnej nerek; dlatego też próby te nieraz mają duże znaczenie w rozpoznawaniu chorób nerek.

Badamy odruchy ścięgniste, których zmiany prowadzą do utrwalenia rozpoznania zaburzeń nerwowych; staramy się wywołać odruch obronny Babińskiego (zginanie uda, podudzia i stopy pod wpływem drażnienia skóry grzbietowej części stopy lub części dolnej goleni), wskazujący na proces w drogach piramidalnych, odruch smugi, zwanej meningokową, co wskazuje na pobudliwość nadmierną nerwów naczynioruchowych i każe nam zwrócić uwagę na procesy oponowe; odruch smug białych uważany dawniej za patognomiczny dla zaburzeń nadnerczych skłania nas do zwrócenia szczególnej uwagi na czynności gruczołów dokrewnych; to samo dotyczy dermografi — rysy czerwone na skórze wywołane podrażnieniem ostrym narzędziem lub paznogciem, trwające czasem godzinę i dłużej (zaburzenia nerwu współczulnego dość często u neurasteników, epileptyków, paralityków postępowych), objaw Chwostek'a ujawniający tężyczkę (podrażnienie mięśni twarzowych), objaw Hofman'a (perkusja nerwów wywołuje skórcze w przypadkach tężyczki), objaw Lasegue'a zwykły i skrzyżowany spotykamy w zapaleniu nerwu kulszowego, objaw opaskowy Weill-Rumpell'a w skazach krwotocznych (po przewiązaniu ramienia wytwarza się wysypka krwotoczna na miejscu ucisku wskutek łamliwości naczyń włosowatych; objaw lodowy (Josue i Paillard) — zastosowanie lodu na mostku wykazuje asymetrję naczyniowo - ruchową i zaburzenia nerwowe objaw gorącej kąpieli wodnej Babińskiego pozwalający odróżnić skurcz naczyń ustępujący od gorąca od arteritis obliterans; odruch oczno - sercowy, które pozwala ocenić różnorodne odmiany zaburzeń nerwu współczulnego (wagotonia, sympatykotonia).

Zacytujemy jeszcze próbę Goetsch'a, polegającą na zastrzyknięciu domięśniowem miligrama adrenaliny w celu ujawnienia hyperthyreoidyzmu; injekcja ta wywołuje u sympatykotoników tachikarję, palpitację, drżenie, uczuciegorąca, podniesienie ciśnienia krwi, cukromocz. Co do możności zatrzymania oddechu, to w chorobie Basedow'a istnieje wybitna redukcja okresu bezoddechowego, średnio do 17 sekund, zamiast 50; natomiast u chorych z obrzękiem śluzowym trwanie dowolnego bezdechu bywa przedłużone.

Powinniśmy jeszcze brać pod uwagę objawy zmodyfikowane. Atropina usuwa arytmję ekstrasystoliczną, wzmagając natomiast zwykłą arytmję; noszenie przepaski brzusznej może usunąć częstopuls zależny od ptozy etc.

Jeżeli wszelkie wypróbowane metody zawiodą w postawieniu rozpoznania, czasem lekarz stawia djagnozę ex invantibus, ordynując choremu środki lecznicze odpowiadające przypuszczalnemu schorzeniu i na zasadzie skutku działania tych środków wnioskuje o istocie schorzenia. Do takich środków należą: jod, rtęć, bizmut, salwarsan w przymiocie, china w malarji etc.

Częste są postacie chorób niezupełne. Żadne rozpoznanie nie jest tak łatwe, jak rozpoznanie choroby Basedow'a, o ile są wszystkie objawy w komplecie; lecz może zdarzyć się, że jeden z najwięcej charakterystycznych, np. powiększenie gruczołu tarczowego lub wytrzeszcz gałki ocznej może być nieobecny; w podobnym przypadku częstopuls, nadmierna pobudliwość nerwowa, drżenia muszą być brane pod uwagę.

Trudność rozpoznawczą dają też postacie ukryte. Np chory miewa od pewnego czasu napady z przerwami bólu głowy na tle dny, nie dające się rozpoznać, aż atak dny nie wyjąśni przyczyny.

Endocarditis rheumatic może istnieć bez wyraźnych bólów stawowych; te ostatnie mogą wystąpić dopiero po pewnyam czasie, wówczas rozpoznanie z początku choroby jest niemożliwe.

Assocjacje chorobowe stanowią t. zw. formy mieszane, dające też pole do omyłki cytowano przypadki malarji i tyfusu brzusznego jednocześnie występujące; rozpoznanie w tych wypadkach jest możliwe tylko po wielokrotnych i różnorodnych badaniach (posiew krwi, agglutynacja, obraz morfologiczny krwi).

Rozedma płuc jednocześnie rozwijająca się z gruźlicą płuc może maskować tę ostatnią.

Współistnienie dwóch różnorodnych chorób może prowadzić do niepoznania jednej z nich. Chroniczne zapalenie wyrostka robaczkowego i wrzodu dwunastnicy często istnieją jednocześnie; w podobnym wypadku wrzód dwunastnicy maskowany przez objawy wyrostkowe może przebiegać niepoznany. To samo dotyczy appendicitis chronica i cholecystitis (appendiculo-cholecystitis Dieulafoy.)

Nie wystarczy rozpoznać określoną chorobę klinicznie. Djagnostyka całkowita powinna składać się z rozpoznania klinicznego, anatomicznego, etjologicznego i patogenetycznego.

Jeżeli rozpoznajemy pharyngitis, należy wyjaśnić przyczynę tej choroby — postawić rozpoznanie etjologiczne; pharyngitis może powstać z przyczyny lokalnej (często proces w nosie); może też zależeć od przyczyny ogólnej (cukrówka). Chromanie przestankowe (rozpoznanie kliniczne), zasadza się na zmianach w tętnicach (rozpoznanie anatomiczne), zatrzymaniu lub niedostatecznym przepływie krwi tętniczej do kończyny (rozpoznanie fizjologiczne); podłożem tego cierpienia może być cukrówka (djagnoza etjologiczna).

Nie jest bezwartościowem wiedzieć dla celów zapobiegawczego leczenia, czy astma ma za punkt wyjścia proces w nosie, płucach, czy jest pochodzenia anafilaktycznego.

Rozpoznanie powinno uwzględniać czynnik patogenetyczny i biologiczny. Nie tyle ważnem jest określenie, czy zapalenie nerek jest pochodzenia parenchymatycznego, czy śródmiąższowego, ile wyjaśnienie, czy procesy chorobowe powstają z chloruremji, czy z azotemji. Rozpoznanie wreszcie powinno być anatomicznem. Nie jest rzeczą obojętną wiedzieć, czy angina pectoris jest pochodzenia sercowo-aortalnego, czy też czynnościowego.

Mamy więc djagnostykę anatomiczną, która powinna ściśle oznaczyć umiejscowienie procesu, etjologiczna, która wyświetla przyczyny choroby, patagonetyczna, która wskazuje na mechanizm działania tej przyczyny. I każdy z tych głównych poddziałów zawiera jeszcze nowe poddziały.

Zatem djagnostyka zahacza o wszystkie umiejętności lekarskie.

Rola djagnosty polega na wyodrębnieniu z szeregu objawów, które wykazało badanie chorego, objawów głównych i usunięcie na plan drugi podrzędnych.

Lekarz po rozpoznaniu całego zespołu głównych objawów choroby nie zawsze jest jeszcze zdolny postawić rozpoznanie. Można wymienić cały szereg współobjawów, które, zgrupowane razem, mogą występować w różnorodnych chorobach. Nazywamy je zespołem objawów (syndrome). Weźmy przykład konkretny.

Chory ma gorączkę, dreszcze, obrzmienie i zaczerwienienie gardła, język obłożony, cierpi na ból głowy, ma zaparcie, jest złożony niemocą. Jest to zespół objawów cechujący większość chorób infekcyjnych. Jeżeli dodamy inny zespół objawów — łzawienie oczów, i katar dróg oddechowych górnych, możemy myśleć o odrze. Charakterystyczna wysypka odrowa i punkciki Kopick'a rozstrzygają kwestję. To znów inny zespół objawów, stale towarzyszący pierwszemu cechuje szkarlatynę: angina intensywna, specjalna barwa języka u brzegów żywo czerwona.

Mamy więc grupujące się różnorodne zespoły objawów. Rozważając istniejący zespół chorobowy, wykluczamy na podstawie tych lub innych objawów szereg chorób i bierzemy wreszcie za punkt wyjścia tę, która najlepiej odpowiada zespołowi.

Przy istnieniu więc zespołów objawów chorobowych, mogących występować w różnorodnych chorobach, posługujemy się t. zw. rozpoznaniem różniczkowem.

Środkiem pomocniczym w stawianiu rozpoznania jest semiotyka traktująca o znaczeniu każdego poszczególnego objawu.

Dr. Med. K. Dąbrowski.

O leczeniu suchot płucnych.

(Ciąg dalszy).

Za specyfiki uchodziły dawniej preparaty kreozotowe jak: kreozot, kreozolat, guajaaol, duotal (gnajac. carbon.) thiocol (kal. sulfognajacol). Naturalnie preparaty te mogą odgrywać najwyżej pomocniczą rolę w leczeniu gruźlicy płuc, czasami bowiem podniecają apetyt, poprawiają trawienie i zmniejszają ilość plwociny. Mogą jednak działać wprost przeciwnie.

Podobnem jest działanie preparatów, zawierających siarkę np. ichtiolu, lignomefitu, oraz terpenów i olejków eterycznych jak np. olejek eucalypturowy, którem A. Sokołowski przypisuje pewną doniosłość, w leczeniu suchot, o ile tylko stosowany jest całemi miesiącami (2-5 kropli w ciepłem mleku 2 fazy dziennie.

Równe znaczenie mają pochodne kw. cynamonowego np. hetol, balsam peruwiański.

Arszenik, podawany w małych dawkach przez czas dłuższy, wzmaga odporność tkanek, zwiększa ilość krwinek czerwonych i wpływa dodatnio na odżywienie ustroju. Ars. stosować można podskórnie (jako kakodylan sodu) lub peros (Liguor Fowleri, Pearsoni, acid. arsemicosum 0,001). Arszenik można skombinować z żelazem.

Pewne znaczenie w leczeniu suchot, ma wapno, czyto w postaci wlewań dożylnych 10% chlorku wapnia, (gotowe ampułki z wapnem wyrabia Klawe) czyto spożywane per os (rozczyn Calc. chlor., calc. lactricum; calc. carbonic.; calc. phosph.; tricalcina; calcitrina i t. d. herbatki z ziół, zawierające wapno i krzem.) Wapno ma pobudzać tk. łączną do bujania, jest środkiem nasercowym, obniżać pobudliwość wkładu nerwowego, wywiera dodatni wpływ na układ wegetatywny, działa wreszcie przeciwkrwotocznie przeciw katarowi oskszeli i potom.

Ponieważ w czasie gruźlicy ustrój ubożeje w sole, doprowadzanie wapnia może wpływać wielce dodatnio, o ile jest on tylko przez ustrój asymilowany.

Przeciw gorączce, dłużej trwającej, o ile nie da się obniżyć leżeniem i ostrożną hydroterapją (wilgotne opaski), można podać środki przeciwgorączkowe w małych dawkach, kilka razy dziennie (pyramidon 0,05, aspiryna phenacet, 0,25, cryogenin Lumiera 0,1).

Poty znikają zwykle podczas kuracji powietrznej. Można zalecić obmywania ciała letnią wodą z dodatkiem octu aromatycznego. Chory nie powinien się zbyt ciepło okrywać i posiłki wieczorne muszą zawierać małe ilości płynów. Z leków dobrze działa:

tra Salvie 3 razy dziennie po 20 kropel lub: Atropinisulf 0,01

Aqua Laurocerasi 10,0
MDS. wiecz. 10 kropli zażyć

albo

Agaricini 0,2
Pulv. Doveri. 2,0
Rad. Althacae
Mucilago aa. 1,0
F. pill. Nr. XX. S. po poł. i wiecz. po 1 pig.

Kaszlu wilgotnego ciszyć sztucznie nie należy, chory jednak powinien hamować niepotrzebne odruchy kaszlowe. O ile przyczyna kaszlu tkwi w stanie zapalnym jamy nosowo-gardzielowej, zarządzić płukania roztworowe kw. bornego, inhalacje z soli kuchennej lub pędzlowania roztworen jodu w glicerynie. Suchy i bolesny kaszel łagodzić kodeiną,

Codeini phosp 0,3
Aquae 10,0
3x dz. po 10 kropli zażyć.

W razie krwotoku chorego ułożyć w pozycji półleżącej, zakazać gwałtowniejszych ruchów, złagodzić kaszel kodeiną, pantoponem lub morfiną, i wstrzykiwać dożylnie 10 cm^3 10% chlorku wapnia lub podskórnie ol. camphor. officin 1-2 cm^3. Chory w czasie krwioplucia i po krwotoku powinien leżeć kilkanaście dni w łóżku, przyjmując wewnętrznie calc. chlor. 10,0: 200,0 co 2 g. łyżeczkę stołową.

Bezsenność leczyć należy lekką hydroterapją, spacerami, bromem, wreszcie sięgnąć do środków takich jak bromural, adalina i t. p

Powikłania ze strony narządu krążenia wymagają leczenia specjalnego, w którem ważną rolę grają strophantyna i preparaty naparstnicy.

Apetyt pobudzić można goryczkami (tra amara) lub kwasem solnym z pepsyną.

Biegunkę leczy się mieszaniną tamrabliny z bismut. carbonic., a zaparcie stolca spożywaniem większej ilości owoców lub herbatkami przeczyszczającemi.

(d. c. n.)

RUCH ZWIĄZKOWY.

Oddział Lubelski

złożył na „Przegląd Felczerski“ zł. 21.— zgodnie z uchwałą walnego zebrania.

Łańcuch prasowy.

Kol. Zandarowski — zł. 5.—

Na samolot.

Kol. Zandarowski — zł. 3.—

Do Kolegów Oddziału Lubelskiego.

Z powodu niewpłacania przez członków składek, Zarząd Oddziału uprzejmie przypomina o obowiązku regularnego wpłacania składek. Oddział nasz nie może pozostać w tyle wobec Zarządu Głównego.

Ostrzeżenie.

Oddział Radomski Centralnego Związku Felczerów Rzeczypospolitej Polskiej w myśl uchwały ogólnego zebrania z dnia 9 stycznia r.b. ostrzega swych członków, zalegających w opłacie członkowskiej za rok 1925 i 1926, by uczynili to do dnia 1 kwietnia r. b., w przeciwnym razie nazwiska ich będą publikowane w „Przeglądzie Felczerskim“, t. j. będą postawieni pod pręgierz wśród opinji publicznej.

Regulujcie zaległości za prenumeratę, gdyż wysyłkę pisma wstrzymamy.

Wpłacajcie prenumeratę na kwartał I 1927 r.

Wydawnictwa nadesłane.

„Życie Urzędnicze" — dwutygodnik, organ Zarządu Głównego Stowarzyszenia Urzędników Państwowych. Redaktor: *Włodzimierz Szczepański.*

„Kronika Dentystyczna" — organ poświęcony wszystkim gałęziom dentystyki, chorobom jamy ustnej oraz sprawom zawodowym.
Redaktor i wydawca: Lekarz-dentysta *M. Krakowski.*

„Kolejarz" — Organ Związku Kolejarzy Zjednoczenia Zawodowego Polskiego Redaktor odpowiedzialny: *Jan Wasikowski.*

„Wiadomości Farmaceutyczne" — oficjalny organ Polskiego Powszechnego Towarzystwa Farmaceutycznego. Redaktor: Mr. Farm. *Fr. Herod.*

„Pracownik Samorządowy" — dwutygodnik pracowników samorządu miejskiego, powiatowego i wiejskiego. Wydaje Rada Naczelna Związków Pracowników Samorządowych, pod redakcją *Czesława Rokickiego.*

„Warszawskie Czasopismo Lekarskie" — miesięcznik. Redaktor: *Zygmunt Srebrny.*

„Lekarz Wojskowy" — organ oficerów korpusu sanitarnego sł. czynnej i rezerwy. Redaktor: *W. Osmólski.*

„Lekarz Polski" — miesięcznik. Redaktor: *J. Bujalski.*

„Kronika Farmaceutyczna" — organ oficjalny Związku Zawodowego Pracowników Farmaceutów Rz. P. Redaktor odpowiedzialny: *Adam Pęszyński.*

Wydawca: Zarząd Główny C. Z. F. R. P. — Warszawa. Redaktor: Aleksander Krawczyk.